Я был стеснен временем, весь матерьял, имевшийся у меня, я сдал уже в редакцию журнала, его нужно было бы оттуда добывать... Я счел это неудобным и вынужден был отказаться от сделанного мне предложения.

Через несколько дней я возвращался в Европу. Шесть дней плавания прошли совершенно незаметно. На седьмой день, рано утром мы подошли к материку... Шербург... (французский порт и вероятно военная крепость). Стоявший на второй палубе японец старательно фотографировал ее фортификации. Я подошел с ним познакомиться, он оказался японским военным инженером... Здесь высадилась часть пассажиров. Мы пошли в Англию в Суасемптон. Вечером были в Лондоне. Здесь—невольные сравнения... Лондон... Темень... Газовое освещение где-то поблизости к центру. Масса старых, допотопных домов... Нам, американцам, все это не по вкусу... А Германия, как она бедна, как кустарно здесь многое выглядит в сравнении с Америкой... Там действительно вероятно в свое время действовали по принципу: „Я слишком беден, чтоб делать и приобретать дешевые вещи"... Этот принцип ушел в Америку, на нем там и построены очевидно и вокзалы, и операционные, и уборные... Клиника Sauerbruch'а?.. Какой она показалась мне мизерной, как жалко проглядывали в ней попытки ее американизировать... Однако наука здесь в полном порядке...

Еще 6 дней и я был в СССР.

О подготовке кадра санитарных врачей.

(К вопросу о реформе медобразования).

И. К. Лукьянов.

Если мы утверждаем, что только та медицинская система, которая основана на марксистском учении об органическом единстве теории и практики, науки и жизни, что только охрана здоровья всего коллектива, а не личности, только предупреждение, а не лечение оздоровит класс трудящихся, то необходимо, чтобы были приняты все меры к подготовке работников этого фронта с соответственной идеологией и теми именно темпами, которые диктуются самой жизнью.

Здесь уместно поставить вопрос: что дает современный медфак для окончивших его, кого он, в сущности, выпускает вообще? Является ли врачем окончивший медвуз? Современный медфак, несмотря на огромную перегрузку, дает лишь общее медицинское, преимущественно теоретическое развитие и окончивший медфак не является врачем, он только потенциально и формально (по диплому) получает гены, которые практика впоследствии оформляет, превращая их в качества признанных врачей. Действительно ли это так, что окончивший медвуз при самоусовершенствовании и практике имеет возможность и может быть врачем-лечебником общего типа или по той или по другой специальности (специалистом)? Да, это так, т. к. современный медфак дает будущему лечебнику значительные данные, чтобы стать врачем-лечебником общего типа, а именно: теоретическую подготовку, идеологическую установку, общую диагностическую и терапевтическую методику и, главное, прививает специфическое влечение (род недуга), которое почти на 100% должно и действительно предопределяет его последующую кристаллизацию во врача-лечебника. Странно слышать, почему молодежь не идет в санврачи? Пять лет все по одному месту, 3 года в специфической атмосфере патологии человеческого организма, на практике в окружении той же лечебной идеологии, наконец, некоторые материального и морального порядка преимущества, связанные с авторитетом лечащего врача среди населения,—все это „синица в руки"...

А что такое санврач в сознании только что окончившего медфак? Это—нечто неопределенное, бесформенное, пожалуй даже с врачем мало имеющее общего, скорее милиционер особой квалификации, обозревающий палатки, ларьки, занимающийся канцелярией, а также связанными с этой деятельностью конфликтами грубо-базарного характера. Весь этот „букет", конечно, не по душе идеологически неподготовленному соответственным образом человеку, хотя бы и окончившему медфак. Так ли это? Действительно ли окончивший медвуз не подготовлен быть санврачем? На это с чистой совестью из своего 16-летнего врачебного наблюдения и опыта и, опираясь на солидную аргументацию, могу сказать: да, так!

Медфак не дает санврачу ни соответствующей установки, ни подготовки (теоретической, методической и практической), ни, что важнее всего, влечения, которое с непреложностью призвания и гражданской ответственности заставили бы его пойти по этому тернистому пути.

Многие студенты так и объясняют нежелание быть санитарным врачем: „Как же это: учился одному, а делать нужно другое, вновь переучиваться - не стоило 5 лет терять".—Это, конечно, не совсем так, это крайность, это боязнь человека, не знающего как следует даже того, о чем он говорит, т. е. неясно представляющего себе именно права, обязанности, функции, методику и практику санитарно-профилактической деятельности. Но, очевидно, люди, заявляющие подобным образом, имеют за своими утверждениями какую-то базу. Ведь, не даром же за весь период после революции над санорганизацией Дамокловым мечом висит и огненными буквами начертано: „нет кадра". Пятилетка с учетом коллективизации и индустриализации страны потребует их, помимо общего развития дела, дополнительные сотни, а, может быть, и не одну тысячу. Откуда же взять? До настоящего момента осталось традиционное убеждение, что наилучший способ подготовки санврача, это—по окончании медфака 2—3-летная работа на участке: жизнь-де, мол, лучшая школа. Да, скажем мы: было время, когда такой исход был лучшим выходом из положения, т. к. никаких иных путей не было, да о них и нельзя было мечтать! Если угодно,—через участок мы и в наст. время можем (в некоторых случаях) формировать санкадры. Но этот способ лишь „от противного", т. е. когда врач убеждается на опыте своей работы во всей бесплодности амбулаторного лечебничества. Но это было легче раньше, теперь же в связи с расширением диапазона работы учврача, созданием лучших условий для нее, возможностью дальнейшей специализации и, приняв во внимание профилактизацию и диспансеризацию лечебного дела, которые буквально „омолаживают" последнее—едва ли и этот путь можно признать годным. А если и да, то все же он далеко несовершенен, так как „омоложенная леч. медицина становится неотразимой очаровательницей". Кроме чувства ориентировки, усвоения подхода к населению, опыта по борьбе с эпидемиями и санпросветительной практики, даже и этот эмпирически проверенный способ культивирования санитарного кадра ничего иного дать не может. Кроме того, за 2—3—4 года вернее всего полученная из медвуза лечебная установка, в силу высказанных мотивов, еще более укрепится и... человек для санорганизации пропал, что жизнь на каждом шагу и подтверждает. Способы, применявшиеся в последние годы, а именно: стажирование и усовершенствование на специальных курсах. К сожалению, добрая половина кандидатов в стажеры, не получив из медфака правильной установки, и на стажирование по гигиене идет или потому, что не попала на стаж по лечебному циклу, или из-за нежелания ехать сразу в деревню. А были из стажеров мудрецы (личное наше наблюдение), которые умудрялись совмещать занятия по санит. дисциплинам с работой в гинекологической или нервной клиниках... Где этиологический момент подобной аномалии? Врожденная конституция или внешняя среда? Чтобы быть последовательным диалектически, следует безоговорочно признать, что главный этиологический момент здесь - внешняя среда. Разлагая на основные влияющие элементы эту последнюю, можно считать, что здесь налицо тоже дилемма: или это влияние всей совокупности моментов нашей жизни (семья, традиции окружающего общества, личное впечатление о целесообразности и полезности будущего призвания, более резкие требования самой жизни и т. д.), или - школа. Никто не будет отрицать, что в нашей жизни сильны традиции мелко-буржуазного порядка, идеология ремесленной практичности, полезности. Да, они настолько еще сильны, а школа так бессильна, что страна не может еще до сих пор иметь полный кадр «идеологически выдержанных и методически подготовленных санврачей».

Практика последних лет показала, что и путем курсов санорганизация пополняется лишь частично и в качественном отношении несовершенно. Методически этот путь до настоящего времени был все же, пожалуй, самым наилучшим, организационно же—неправильным, т. к. не разрешал всей проблемы подготовки санкадров полностью. О курсах усовершенствования можно сказать лишь то, что они, ведь, рассчитаны на обслуживание уже имеющихся санврачей, или учврачей, пожелавших перейти в санорганизацию. Первые не в счет, а вторых, поскольку я могу судить по курсам НКЗ РСФСР,—единицы.

Может быть, была бы удовлетворительной американская система: сокращенный, узко-применительный для целей санорганизации курс медфака с последующим 2-летним усовершенствованием в специальном санитарном институте и одно-

годичным стажем при соответственном санучреждении? Этот путь хорош, да, ведь желающих-то нет кроме тех, которые уже на санфронте работают. А, ведь, речь идет о новых кадрах именно на смену и в дополнение к существующим. Эта система, действительно, целесообразна в том случае, когда поднимается речь (а это будет теперь же, немедленно,—жизнь этого требует, партия ставит задачи, которые не будут под силу неподготовленным кадрам) о переподготовке существующих кадров санврачей в целях их усовершенствования и дальнейшей специализации. Эта система будет годна также и для выработки специалистов—будущих санврачей, окончивших сан-профилактический Вуз (о чем речь будет дальше).

Повидимому, „кризис санорганизации"—заколдованный круг, это—сложная проблема, зависящая, конечно, не от одного только момента—медобразования и соответственной подготовки, а еще и от других причин. Вернее всего мы здесь имеем дело со многими неизвестными, подлинное лицо которых при внимательном и подробном анализе, все же может быть уже и теперь обнаружено. Прежде всего здесь необходимо сказать несколько слов о так наз. традиционном взгляде, уцелевшем в массе населения до настоящего времени, да, кстати, не вполне выветрившемся еще и из психологии врачебной массы,—это то, что «кто не лечит-тот не врач». Многие молодые врачи прямо указывают, что боязнь потерять реноме врача и связанную с ним авторитетность есть одна из причин нежелания работать на этом поприще.

В действительности санврач, конечно, конкретно для индивидуума не является врачем, да и по существу, ведь, это скорее „инженер" охраны народного здоровья. Последнее звание также почетно, но дело-то в том, что санврач как раз пока сидит между двух стульев: фактически, значит, ни пава, ни ворона.—Мне могут возразить, что звание санврача всегда было почетным, авторитетным, что туда шли „избранники", лучшие и т. д... Да, так было, а теперь идут те, кому некуда деваться, «неудачники лечебной карьеры», за немногим исключением, как-то: военных, администраторов и тех санврачей, которые пошли по призванию. Этот взгляд широко распространен и в стенах медвузов и в среде практических лечебников. И нечего греха таить, есть здесь и доля правды.

Не говоря уже о рядовых санврачах, даже академическо-преподавательский персонал Вузов болезненно чувствует все пробелы и дефекты своей подготовки по старой системе. Эта система в лучшем случае выпускала или кабинетных лаборантов, переродившихся из врачей в химиков (экспериментальная гигиена), или комплектовала представителей социальной гигиены из кадров старых санитарных врачей-общественников и организаторов. У первых не могла не страдать компетенция в области общественных наук и чисто санитарно-технической части, а отсюда вытекали последствия: 1) неустойчивость в установке всей работы согласно с духом времени (марксизм, ленинизм в медицине), 2) слабый авторитет общей гигиены в вопросах, связанных с техникой и 3) неуклонное падение уд. веса с точки зрения общественной по сравн. с дочерними науками: социальной и профессиональной гигиеной. Это положение привело к тому, что экспериментальная гигиена и ее представители замкнулись в 4 стенах лаборатории, а слабая бактериологическая подготовка почти целиком передала область эпидемиологии в руки микробиологов, что с нашей точки зрения неправильно. Подготовка социал-гигиенистов страдает с методологической точки зрения, так как, несомненно, что, наряду с антропометрией и статистикой, соц. гигиенист должен владеть и техникой элементарного санитарного анализа. Всего этого современный медфак не дает и лица, посвятившие себя соц. гигиене, вынуждены доучиваться или кустарно, или в соответств. Санит. институтах.

Едва ли даже можно считать целесообразным резкое отделение социальной и экспериментальной гигиены в виде создания отдельных Институтов; эти две области д. б. в неразрывно-перманентной связи, что будет только полезно и в научном, и в педагогич. (подготовка специалистов), и в практическом отношениях, т. к. они, ведь, в сущности лишь дополняют друг друга, имея один и тот же предмет: оздоровление условий внешней среды. Должны диференцироваться только специалисты и кафедры Вузов, но не учреждения научно-исследов. или научно-практич. типа. Этот вопрос задет мною лишь попутно, т. к. подготовка преподав. гигиен. дисциплин высшей школы вопрос меньшего калибра по сравнению с подготовкой всего санит. кадра.

Одним из важнейших звеньев этиологической цепи „кризиса санитарных кадров" является также недостаточная их материальная обеспеченность, о чем уже писалось не раз (статьи Мехоношина, Рудольфи, А. Н. Сысина и др.).

Но еще гораздо более важным моментом с нашей точки зрения нужно считать то обстоятельство, что санврач на участке и в уездном масштабе не имеет базы для своей работы, не имеет той обстановки, которая позволила бы ему на 100% применить свои познания (если он соответственно подготовлен) и одновременно с максимальным результатом выполнить свои функции. В качестве обстановки должны быть лаборатория в отдельном помещении, где он мог бы спокойно работать, и транспорт. Пока этого нет, будет «неудовлетворенность», будет утечка из санорганизации, санврачи вынуждены будут деквалифицироваться как в специально-санитарном, так и в обще-медицинском отношениях, а в худшем случае спиваться до чеховских типов—все это, конечно, улучшению дела пополнения санкадров наносит сильнейший удар.

Интересный опыт Украины, проводившей со старших курсов медфака уклоны, еще так собственно невелик, что, пожалуй, преждевременно, как это и теперь сплошь и рядом приходится слышать, говорить о провале всей системы. Во всяком случае эта постановка вопроса ближе всего к тому, что надо сделать. А сделать с вопросом подготовки санврачей что-то нужно, сделать немедленно, иначе будет поздно, т. к. и те, которые „тянут лямку", начинают задыхаться, а, глядя на них, новых любителей этого особого рода врачебного самоубийства, повидимому, будет все меньше и меньше.

Когда речь идет о подготовке кадра санврачей, то нельзя здесь впадать в шаблон, нельзя упрощать вопрос до схемы, до нивеллировки всей массы санврачей „под одну гребенку". Проблема сложнее, чем это думают „унитаристы" и „дуалисты", причем под унитаризмом мы разумеем такое настроение врачебной массы, когда высказываются пожелания в смысле оставления медфака in status quo, т. е. речь идет о том, что медфак должен давать лишь общую медицинскую подготовку, после чего одни идут направо, напр., по лечебному руслу, другие налево—по санитарному. Частично выше мы уже высказались о неприемлемости этой точки зрения. Теперь же добавим, что именно такая установка и привела «к кризису» и никакими заплатами дополнительного характера дела не поправишь. Для профилактизации и воспитания медвузов в духе подготовки себя к санитарной работе одного увеличения часов по гигиеническим дисциплинам недостаточно, т. к. оно не сможет противостоять яду живой работы в клиниках, у постели больного и т. д. Тут нужно смотреть «в корень» и, найдя его, подробно проанализировать: каков он, здоров ли, даст ли он то плодоносящее дерево, которое нужно, или нет; во втором случае—не лучше ли, чем заниматься «омолаживанием» или искусственной «прививкой» отдельных ветвей, сразу взять новый корень, более координированный с той почвой, климатом и теми требованиями к его плодам, которые существуют у потребителя, т. е. государства и населения?

Более правильно, хотя и резко ставят вопрос «дуалисты». Под дуализмом мы обозначаем такое направление мысли некоторых руководителей гигиенических кафедр высшей школы (в том числе и автора этой статьи) о полном разделении медфака на 2 факультета: 1) лечебно-профилактический и 2) санитарно-технический. Есть ли основания для такой постановки вопроса? Да, есть, и очень веские.

По роду своей деятельности санврачи общие (о диференциации их по городу, селу, по специальности и др. признакам будет сказано ниже) безусловно нуждаются в следующих дисциплинах, которые или отсутствуют, или изучаются теперь на медфаках в слишком узких для санврача пределах: высшая математика, как основа статистики и технических наук в пределах программы технич. Вузов; химия в пределах химфаков, бактериология с эпидемиологией; специально-технические науки, как-то: основы архитектуры, благоустройство населенных мест, санит. гидротехника, техника заготовления, хранения и распределения пищевых средств и антропология (сокращенно и практически); общеполитические: статистика, полит-экономия, экономполитика, исторический и диалектический материализм в размерах программы комвузов; гигиенические дисциплины в виде отдельных кафедр: а) социальная гигиена с доцентурой по санпросвещению и санидательству; б) профессиональная, в) труда и охраны труда, г) физкультуры, д) евгеники с доцентурой по генетике, е) диэтетике с доцентурами по обществ. питанию и физиологии питания, ж) административная гигиена с доцентурой по планированию здравоохранения, з) военная, и) школьная с доцентурой педологии, к) гигиена матери и младенца, л) коммунальная гигиена и м) учение о дезинфекции, дезинсекции и дератизации.

В основном весь этот цикл дисциплин совершенно необходим для подготовки обще-санитарного врача. Само собой разумеется, что теперь, более чем когда-

либо, наступила пора для более узкой специализации, поэтому и в программе сан-технического факультета должны быть выявлены основные специальности с акцентуацией на соответственных дисциплинах. Что же касается общемедицинских наук, то для сан-техфакультета, примерно, можно считать возможным ограничиться прохождением сокращенных курсов: анатомии, физиологии (по программе медфака), диагностики, общей патологии, инфекционных болезней (с обращением особого внимания на соц.-бытовые), важнейшие профзаболевания и неотложная скорая помощь. Некоторые считают необходимым изъять также патологию, инфекционные и профболезни, но это уже, повидимому, «перегиб»!

Само собой разумеется, что позволительно будет задать вопрос: кого же будет выпускать этот санфак?—врачей или санитарных инженеров? Дело, конечно, не в названии, а в сущности, в необходимости такой реформы, ее жизненности, ее практической (сегодня же или втечение пятилетки) выполнимости. Поскольку основная цель санфака дать работников высокой квалификации по охране здоровья населения, по улучшению социальных и внешних природных условий среды применительно к основным задачам профилактическо-евгенического характера, постольку окончившие, как переформированная смена теперешнего кадра санврачей, также должны называться санврачами. В деятельности санврача, как известно, в настоящее время отсутствует элемент производительности и преобладают, преимущественно, контрольные функции. Многие врачи-практики указывают, что здесь-то и кроется основной недостаток выдвигаемой системы. Дело в том, что в функции санврача и в будущем, как важнейший и необходимейший элемент, должен будет входить контроль за бытом, благоустройством населенных мест, питанием, охраной и нормированием труда (гигиеной труда), водоснабжением, эпидемиями, школьной санитарией. Кроме того, санврач по сути своей является и должен быть организатором, общественным работником, статистиком, администратором и планирующим органом здравоохранения.

Выполнение этих сложных и ответственных функций и обязанностей ставит санврача в роль контролера, с одной стороны, специалистов-хозяйственников и инженеров, а, с другой, и лечащих врачей. Спрашивается: сможет ли он выполнить все вышеназванные задания, имея по цензу подготовку ниже в техническом отношении рядового инженера, а в медицинском обычного рядового лечащего врача? На это можно дать лишь один ответ: да, сможет! В этом нет никаких сомнений и опасности. Уж если современные санврачи осуществляют санконтроль над специалистами-инженерами (планировка усадеб, выработка планов зданий, проверка водоснабжения и т. д.), то, конечно, будущий санврач в состоянии будет это сделать. По крайней мере, он будет в достаточной мере понимать те явления, контроль над которыми будет осуществлять и с медицинской, и технической точек зрения и, если не сможет подать помощь при родах (что как индивидуальное и не имеет для его обязанностей прямого назначения) или не построит здания, то зато сумеет составить и проверить проект нормально-здорового здания, поставит статистику, направит деятельность лечебника по правильному профилактическому руслу и т. д., т. е. сделает все с практическо-методической стороны, что от него и требуется. А в этом и назначение санврача как врача коллектива, как „инженера медицины“, работающего над улучшением условий жизни, быта и труда рабочего класса. Санитарно-технические функции при усилении темпа индустриализации и коллективизации сельского хозяйства еще более увеличатся и не приходится сомневаться, что не только в сан-профилактических, но и в лечебных дисциплинах должна будет произойти более узкая специализация. Мы глубоко убеждены, что такого санврача, образованного в технич. и полит. отношениях скоро потребует не только большой город, округ, район сплошной индустриализации, но и районы сплошной коллективизации сел. хозяйства.

Во всяком случае, теперешняя система и программа медфака не совсем целесообразна, т. к. теоретична, академична, распылена, оторвана от жизни, слишком универсальна. Нужно побольше практицизма, специализации. В настоящий момент не только нужны санкадры общего типа, у нас слабо обстоит дело, как об этом говорилось уже выше, и с кадром преподавателей гигиенических дисциплин на медфаке и с санврачами-специалистами. Как могут гигиенические дисциплины завоевать себе авторитет и подобающее место, если около половины всех кафедр экспериментальной гигиены пустует или замещается малокомпетентными лицами других специальностей, напр. социальной гигиены и т. д? Мне кажется, что незамещенность этих кафедр зависит не от недостатка кандидатов, а от малой заинтересованности или от невнимания университетов к этому больному вопросу.

Может быть, действительно, было бы своевременным передать все дело медицинского образования в НКЗ, т. к. это дело очень близко затрагивает его интересы и от него отчасти зависит разрешение вопроса о санкадрах.

Такую передачу медфаков и дела медобразования в ведение Наркомздрава необходимо провести по примеру передачи ВСНХ технических вузов и дела технического образования. Будет ли это правильным в смысле производственного принципа, в смысле методическом, наконец, с точки зрения интересов дела, которые должны быть, конечно, поставлены во главу угла, не нарушится ли стройность всей наркомпросовской системы, ее равновесие, не будет ли „уклонов" от общего плана нашей системы воспитания?..

Стройность и единство наркомпросовской системы уже нарушены, связь с производством, конечно, на стороне НКЗ, общие принципы воспитания и образования даются партией и в равной мере обязательны для всех ведомств. Что же касается методических сторон дела, то этот вопрос, как известно, подлежит компетенции Гус'а. А Гус по существу и теперь представляет из себя не что-либо монолитно-рожденное одним Наркомпросом, а комплекс, и беды большой не будет, если секция медобразования сядет в свои собственные наркомздравские сани, подышет ближе родным воздухом, вплотную подойдет к своей стихии. Может быть, действительно, так будет лучше; мне, именно, кажется, что пора медсекции начать вырабатывать свою методику подготовки кадров работников охраны народного здоровья не только теоретически, а с проверкой ее на практике, что теперь, очевидно, связано с большими затруднениями.

Создание особого сан-технического факультета (или отделения) имеет за собой еще один серьезный аргумент. При теперешней системе общего медобразования как для санврачей, так и лечебников имеется общая лазейка: переход из одной сферы работы в другую. Фактически же в силу высказанных выше причин и оснований эта факультативная возможность перманентно используется лишь санврачами: при создании же санфака эта возможность отойдет. Могут возразить, что это нецелесообразно, т. к. тогда врач лечебник, понявший или вернее нашедший свое призвание в сан. деятельности,—уже не сможет быть использованным? Этовозражение не кажется для меня важным, ведь, если по призванию пойдет на санфак и лечфак большинство, то меньшинству легче найти исход. Кроме того, СССР пока еще не так богат, чтобы удовлетворить в этом вопросе всех и каждого на все 100%. Если же окажется попавших не по призванию большинство, то значит, надо будет создать гарантии, чтобы этого не было, а именно, более серьезную постановку профотбора и т. д. Впрочем, это уже общий вопрос не только для одних врачей и потому останавливаться на нем здесь подробно не место..

Теперь остается сказать несколько слов еще о специализации санврачей. В настоящее время такая специализация вырабатывается двумя путями: или путем оставления на долгий срок при соответственных гигиенических кафедрах (аспирантура в медвузах, институтах), или кустарно-практическим способом в порядке избирательности или последующего самоусовершенствования (усовершенствование на кратковременных курсах, конечно, специалиста дать не может), в порядке практической работы избранной санит. специальности (коммунальной, пищевой, санинспектор труда и профгигиенист, санпросветчик, школьносанитарный, физкультурник, администратор-плановик, жилищный и т. д.). В достаточной ли мере удовлетворяют эти оба способа требованиям жизни? Очевидно, нет. Если 1-й способ теоретически и хорош, то, к сожалению, им немногие могут пользоваться, а 2-й способ можно назвать „добровольным мученичеством", которое в результате все же удовлетворить не может, т. к. действительно, трудно мастеру-практику начинать с азов, чтобы перерости практика-инженера, который правильно, четко и во-время получил все основные предпосылки для дальнейшего своего развития. Не в обиду говорится это санврачам-практикам, а ради исправления того злостного дефекта,—отсутствия школы, который каждым из них живо чувствуется, что и находит свое отражение в „неудовлетворенности" и т. п. Конечно, есть санврачи-практики, которые героическими усилиями и на поприще своей деятельности достигают высшей академической ступени, но это единицы, а мы говорим о массе, о всем санколлективе..

Позволительно спросить: даст ли санфак общего санврача или специалиста? Санфак даст, как это любят повторять теперь о медфаке, не санврача, а только кандидата, вооруженного „до зубов" для своей дальнейшей кристаллизации в санврача всем необходимым, как теперь вооружает медфак будущего врача-лечебника.—Что же касается специализации, то это уже более легкий вопрос:

несомненно, после санфака специалисту будет необходимо 2—3 года дальнейшего пребывания при соответств. кафедрах, институтах и т. д., т. е. проделать путь общий для выработки любой категории специалистов. Кроме теоретической подготовки здесь важнейшим определяющим моментом явится и практика-опыт. Во всяком случае санврач, прошедший санфак и соответственную практику, будет ближе к своему назначению, хотя бы даже в роли администратора-главврача лечзаведения. На это обстоятельство органам Здравоохранения не мешало бы уже обратить серьезное внимание, если они действительно хотят направить лечебную медицину по пути общественности, профилактики и диспансеризации, если они заинтересованы в строительстве, правильной постановке курортно-санитарного и больничного дела, в научно поставленном статистическом учете и т. д.

Последний вопрос, на котором следует остановить внимание, это о том, кто же и как будет профилактизировать контингет учащихся в лечфаках? Очевидно, что гигиенические дисциплины должны остаться в их программе в том же объеме, как и теперь, направив свое внимание на возможно тесное сотрудничество с клиниками, особенно так наз. профилактическими, как венерология и др. Впрочем, чисто-академических лечебных дисциплин теперь уже и не должно быть постольку, поскольку акцент в этиологии каждой клинической науки падает на социальную патологию. Всякий самый узкий клиницист вынужден быть одновременно также и соц. патологом. Часть дисциплин, помимо социальных, эпидемических, венерических болезней, должны будут теперь же полностью перейти на диспансерные формы и методы работы (напр., гинекология, детские и глазные болезни, психиатрия и невропатология), так что область соц. патологии, особенно частной из компетенции соц. гигиены должна будет отойти к этим дисциплинам под общим контролем гигиенистов. Прав тов. Коновалов, когда он говорит, что кафедры гигиены должны обрасти лабораториями, клиниками и пр. вспомогательными учреждениями, но, конечно, клиниками исследовательского типа, изучающими лишь влияние внешней среды и профвредностей труда на организм. В дополнение к мнению тов. Коновалова я выдвигаю другой тезис, а именно: пора клиническим кафедрам по патологии организма обзавестись кабинетами, лабораториями и специалистами по социальной и профессиональной патологии... Гигиенист же клиницистом и лечебником, конечно, быть не может. Другое дело, что лечебник обязательно должен быть профилактиком, но тоже не санврачем.

Вот в общих чертах те особенно наболевшие вопросы, которые, мне кажется, своевременно поставить на обсуждение всей широкой массы врачей, как лечебных, так в особенности санитарных, а равно административных аппаратов здравоохранения и наркомпросов.

IV Всесоюзное совещание Научно-консультативных бюро (НКБ).

М. С. Лифшиц.

В конце декабря 1929 г. в Москве состоялось IV Всесоюзное совещание Научно-консультативных бюро (НКБ) Союза Медсантруд, посвященное вопросам изучения профвредностей медицинского труда. Из отчетных докладов НКБ Москвы, Ленинграда, Харькова и других городов выявилось, что, несмотря на скудность материальных средств, ими проделана довольно значительная работа и накоплен большой научный материал в области изучения профпатологии и профгигиены медицинского труда. Работа НКБ в последний год, как и раньше, носила научно-практический характер и была сосредоточена преимущественно на следующих вопросах: 1) исследовании труда и здоровья медработников курортов, мест заключения, зубврачей, акушерок, ветработников, аптечных работников и др.; 2) изучении заражаемости, травматизма и инвалидности; 3) научном обследовании норм нагрузки отдельных категорий; 4) разработке санитарно-гигиенических норм лечучреждений и др. Результатом работы НКБ явилось проведение в жизнь целого ряда мероприятий, как-то: расширение прав и льгот работников психолечебниц, мест заключений, светокабинетов и т. д.

Из заслушанных совещанием научных докладов следует отметить сообщение о профвредностях труда на Мацестинском курорте (Рост. краев. ин-т труда), где докладчиком приведены результаты изучения условий труда и здоровья ванщиц